

ЛИТЕРАТУРА

1. Толстов, А. Н. Основы клинической ЧПЭС. Монография / А. Н. Толстов. — М.: Оверлей, 2001. — 164 с.
2. Чрепичевская электрокардиография и электрокардиостимуляция / Л. В. Чрепичкин [и др.]. — СПб.: ИНКАРТ, 1999. — 150 с.
3. Prochaczek, F. Non-invasive electro stimulation technologies for the diagnosis and therapy of coronary artery disease and heart arrhythmias / F. Prochaczek, J. Galecka // Journal of medical informatics & technologies. — 2005. — Vol. 9. — P. 25–33.
4. Диагностика и лечение стабильной стенокардии / Национальные рекомендации Респ. Беларусь; сост. Н. А. Манак [и др.]. — Минск, 2010. — 86 с.
5. Лупанов, В. П. Сравнительная оценка функциональных методов исследования в диагностике ишемической болезни сердца / В. П. Лупанов // Атеросклероз и дислипидемии. — 2011. — № 2. — С. 18–25.

УДК 616.233:616.248-08

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Рузанов Д. Ю., Буйневич И. В., Бондаренко В. Н., Шебушева Т. Т.,
Семенова Л. Н., Перловская Д. Ф.*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение
«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Бронхиальная астма (БА) — гетерогенное заболевание. Течение астмы включает в себя эпизодические ухудшения (обострения) на фоне хронического персистирующего воспаления и (или) структурных изменений, которые могут быть связаны с персистенцией симптомов и снижением функции легких.

Исследования последних лет подтверждают, что современные стандарты лечения БА способны обеспечить пациентам качественную медицинскую помощь [1, 2, 3]. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении астмы, контроль над ее течением более чем у 50 % пациентов остается недостаточным [2, 4]. Среди возможных причин следует указать на отсутствие приверженности к лечению, а также неадекватное лечение пациента в период обострения.

По данным различных исследований [2, 4] до 71,4 % обострений БА связаны с острой вирусной или бактериальной респираторной патологией. Вирусные инфекции усиливают выраженность воспалительной реакции и способствуют повреждению дыхательных путей за счет усиления в них воспалительного процесса. Если рассматривать частоту бактериального агента, как этиологического фактора острой респираторной инфекции, то он составляет всего 9,4–22,6 % и, согласно рекомендациям GINA [1], не всегда требует антибиотикотерапии.

Цель

Анализ существующей практики комплексной терапии БА у взрослых при обострении.

Материалы и методы исследования

В период с февраля 2010 по март 2014 гг. мы наблюдали 268 пациентов с БА. Период наблюдения составлял 12 месяцев. В течение года оценивалась реальная практика использования различных групп препаратов. В 104 случаях анализ проведен ретроспективно.

Большинство исследуемых составили женщины (68,7 %). Средний возраст женщин и мужчин — $39,4 \pm 8,9$ и $41,1 \pm 9,2$ лет соответственно. Работающие (в т. ч. работающие пенсионеры и инвалиды) — 72,9 %. Длительность заболевания БА (после установления диагноза) — $14,4 \pm 3,2$ лет. Уровень контроля астмы оценивали по критериям Asthma Control Test™. Контролируемая астма наблюдалась всего у 22,9 % пациентов, частично контролируемая и неконтролируемая астма — у 77,1 %.

Кроме базисной и бронхолитической терапии (которая, как правило, усиливалась при обострении) была проанализирована частота использования фармацевтических

препаратов, используемых для иной комплексной патогенетической, симптоматической терапии или лечения осложнений бронхиальной астмы.

В течение всего периода наблюдения качественный и количественный объем базисной и симптоматической терапии оставался неизменным, исследователи не вмешивались в сделанные назначения. В ряде случаев, по окончании исследования, даны рекомендации по коррекции проводимой базисной терапии, все пациенты приглашены в астма-школу.

Результаты исследования и их обсуждение

В течение 12 мес. наблюдения было зафиксировано $3,6 \pm 0,4$ эпизода острой респираторной инфекции (ОРИ) на каждого пациента, что несколько выше допустимых ВОЗ 2–3 случаев ОРИ в год. При этом оценка авторов исследования и лечащего врача нередко отличалась по факту наличия эпизода ОРИ. Часто усиление (появление) кашля, изменение качественных и количественных параметров мокроты без каких-либо признаков интоксикации интерпретировались терапевтами как ОРИ, с вытекающим «набором» назначений.

Наиболее частыми группами препаратов, кроме базисной терапии, являлись антибиотики и отхаркивающие препараты (таблица 1), при этом учитывались только случаи использования антибиотиков для лечения респираторной патологии.

Таблица 1 — Препараты вспомогательной патогенетической и симптоматической терапии, используемые в периоде наблюдения

Группы препаратов	Всего назначений	Число курсов на одного пациента
Мукоактивные препараты	1316	$4,9 \pm 0,6$
Антибиотики	1016	$3,7 \pm 0,4$
Антигистаминные препараты	418	$1,5 \pm 0,2$
Нестероидные ПВС	960	$3,6 \pm 0,4$
Противокашлевые препараты	270	$1,0 \pm 0,2$
Системные ГКС	182	$0,7 \pm 0,1$

Заслуживает внимания анализ назначений антибиотиков, мукоактивных и антигистаминных препаратов. В среднем, каждый пациент в течение периода наблюдения получал $3,7 \pm 0,4$ курса антибиотикотерапии по поводу респираторной патологии. При анализе показаний для антибиотикотерапии был сделан вывод об избыточности использования антибиотиков. Так, имелись показания для назначения антибиотиков только в 198 (19,5 %) случаях из 1016 назначенных. Обращает на себя внимание и использование в 23,7 % случаев не рекомендованных групп антибиотиков (наиболее часто фторхинолонов), в 15,2 % случаях необоснованно использовалась комбинированная терапия, несколько последовательных курсов антибиотикотерапии.

Только в 23,1 % случаев используемые антигистаминные препараты имели показания к назначению и использовались при сочетании БА с иной аллергической нереспираторной патологией. В 7,7 % случаев из антигистаминных препаратов использовался димедрол.

Часто для лечения респираторной патологии используются отхаркивающие препараты. У 100 % наблюдаемых нами пациентов назначались различные мукоактивные препараты. Традиционно наиболее частым критерием для назначения данной группы препаратов является симптом сухого кашля, который большинство терапевтов стремится перевести во влажный. Так в 45,8 % назначений использовались секретолитические (чаще всего рефлекторного действия) препараты, обоснованно не рекомендованные для лечения БА как препараты способные усилить бронхообструкцию за счет гиперкрении. В каждом пятом случае (21,7 %) использовались комбинации мукоактивных препаратов. Не выдерживает критики одновременное назначение секретолитиков и противокашлевых препаратов — 17 случаев.

Выводы

В реальной практике в комплексном лечении БА неоправданно активно используются антибиотики, мукоактивные, антигистаминные препараты. В среднем, каждый

пациент получал 3,7 курса антибиотикотерапии по поводу респираторной патологии, в большинстве случаев без показаний и в 23,7 % случаев — не рекомендованных групп антибиотиков. Только в 23,1 % случаях используемые антигистаминные препараты имели показания к назначению. В 45,8 % назначений мукоактивных препаратов использовались секретолитические (чаще всего рефлекторного действия) препараты, не рекомендованные для лечения БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. GINA report. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012. The GINA reports are available on www.ginasthma.org.
2. Reddel, H. K. Pharmacological strategies for self-management of asthma exacerbations / H. K. Reddel, D. J. Barnes // Eur. Respir. J. — 2006. — Vol. 28(1). — P. 182–199.
3. Holgate, S. T. The mechanisms, diagnosis, and management of severe asthma in adults / S. T. Holgate, R. Polosa // Lancet. — 2006. — Vol. 368(9537). — P. 780–793.
4. Роль респираторных инфекций в обострении бронхиальной астмы / А. Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. — 2007. — № 5. — С. 14–18.

УДК 616.233:616.248]:615.234

ОЦЕНКА РАСХОДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Рузанов Д. Ю., Буйневич И. В., Бондаренко В. Н., Шебушева Т. Т.,
Семенова Л. Н., Перловская Д. Ф.*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение
«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь

Бронхиальная астма (БА) является серьезной проблемой для всего мира. Наряду с повсеместным ростом числа больных, страдающих этим заболеванием, отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества пациентов, нуждающихся в оказании неотложной помощи и частых госпитализациях. Социально-экономический ущерб от БА вследствие смертности, инвалидности, временной нетрудоспособности и затрат медицинских ресурсов остается высоким [1].

С момента появления первых практических рекомендаций по БА и до настоящего времени целью лечения астмы является минимизация средств, улучшение легочной функции и профилактика обострений. Обострения являются самым важным исходом заболевания, поскольку они представляют собой наибольший риск для пациента, становятся причиной тревоги пациентов и их родственников, создают серьезную нагрузку на здравоохранение и потребляют существенную часть стоимости лечения БА [1, 2, 3].

Примерно 35–50 % затрат на лечение БА связано с лечением обострений. Большая часть затрат на лечение обострений обусловлена стоимостью госпитализаций, обращений за неотложной помощью, внеплановых визитов к врачу и препаратов для неотложной помощи [3].

Цель

Анализ затрат на комплексное лечение обострений БА.

Материалы и методы исследования

В период с февраля 2010 по март 2014 гг. мы наблюдали 268 пациентов с БА. Большинство исследуемых составили женщины (68,7 %). Средний возраст женщин и мужчин — $39,4 \pm 8,9$ и $41,1 \pm 9,2$ лет соответственно. Работающие (в т. ч. работающие пенсионеры и инвалиды) — 72,9%. Период наблюдения составлял 12 мес. В течение периода наблюдения оценивали частоту вызовов «скорой помощи», амбулаторных обращений, частоту и длительность госпитализаций, стоимость медицинских затрат.